



6009-16. EVALUACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON SOSPECHA INICIAL DE SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*. EXPERIENCIA CLÍNICA DE 9 AÑOS EN EL ÁREA ASISTENCIAL DE CIUDAD REAL

Jorge Martínez del Río¹, Fernando Lozano Ruiz-Póveda², Ignacio Sánchez Pérez², Ariana González García², Alfonso Freites Esteves², María Thiscal López Lluva², Ricardo Concepción Suárez², Martín Negreira Caamaño¹, Daniel Águila Gordo¹, Cristina Mateo Gómez¹, Maeve Soto Pérez¹, Andrez Felipe Cubides Novoa¹, Daniel Salas Bravo¹ y Jesús Piqueras Flores¹

¹Servicio de Cardiología; ²Sección de Hemodinámica, Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de *tako-tsubo* (STT) se caracteriza por una disfunción ventricular sistólica transitoria en ausencia de enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva responsable. Debido a su forma de presentación clínica, y a su asociación con alteraciones electrocardiográficas (ECG) y elevación de biomarcadores cardiacos, debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras patologías, más aún si atendemos a las diferencias en cuanto a pronóstico y tratamiento.

Métodos: Objetivos: Analizar características de pacientes con sospecha inicial de STT en el área asistencial de Ciudad Real. Comparar diferencias entre pacientes con diagnóstico definitivo de STT y el resto. Estudio observacional prospectivo de 132 pacientes ($69,3 \pm 11,1$ años, 86,5% mujeres) con sospecha inicial de STT que ingresaron en el área asistencial de Ciudad Real entre enero de 2012 y abril de 2021, con una mediana de seguimiento de 38 meses. Se registraron variables clínicas, ECG y analíticas, parámetros ecocardiográficos y de resonancia magnética cardiaca (RMC), resultados angiográficos coronarios, y tratamiento al alta.

Resultados: El 73,4% de los pacientes eran hipertensos, el 44,3% dislipémicos, y el 16,5% diabéticos. El 53,4% presentó algún factor desencadenante (psíquico o físico). La puntuación media del *score* INTERTAK fue $51,1 \pm 20,1$ puntos (el 27,2% presentó puntuación [> 70 puntos] de alta probabilidad de STT). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media al ingreso fue $40,2 \pm 12,6\%$. Siguiendo los criterios de la Clínica Mayo, el diagnóstico de STT se confirmó en 97 pacientes (73,5%). En comparación con el resto (tabla), los pacientes con STT eran mayores y presentaban trastorno mixto ansioso-depresivo (TMAD) con mayor frecuencia. Además, la puntuación del *score* INTERTAK fue mayor. Por el contrario, los pacientes con diagnóstico alternativo presentaron mayor pico de troponina, un mayor gasto cardiaco por RMC y ateromatosis moderada de las arterias coronarias derecha (CD) y circunfleja (CX).

Diferencias clínicas entre pacientes con STT definitivo y otros diagnósticos diferentes.

Diagnóstico STT Diagnóstico no STT p

Edad (años)	70,4 ± 10,2	61,3 ± 14,1	0,01
TMAD previo (%)	55,6	10,3	0,001
Puntuación <i>score</i> INTERTAK (puntos)	54,3 ± 19,7	40,8 ± 18,0	0,02
Puntuación <i>score</i> INTERTAK > 70 puntos (%)	32,3	10,5	0,04
Pico Troponina I ultrasensible (ng/ml)	3864,3 ± 4572,5	13722,1 ± 16776,3	0,005
Gasto cardiaco por RMC (L/min)	4,1 ± 1,1	5,5 ± 1,6	0,03
Ateromatosis moderada de ACD (%)	4,5	21,1	0,04
Ateromatosis moderada de ACX (%)	3,0	21,1	0,02

ACD: arteria coronaria derecha; ACX: arteria circunfleja; RMC: resonancia magnética cardiaca; TMAD: trastorno mixto ansioso-depresivo.

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes con diagnóstico de STT en Ciudad Real es similar a otros registros publicados. En comparación, los pacientes con diagnóstico definitivo de STT son mayores, presentan más frecuentemente TMAD. Por contra, presentan menores picos de troponina, y la presencia de enfermedad coronaria no significativa en CD y CX es menos frecuente.